

GEDEELDE VREUGD IS HALVE SMART
GEZONDHEIDSZORG HIER EN IN DE TROPEN

Rede
uitgesproken ter gelegenheid
van zijn afscheid als
hoogleraar in de kindergeneeskunde
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

op
30 november 1984

door
Prof. Dr. J.W. Mettau

Meneer de Rector Magnificus,
Geachte toehoorders, Dames en Heren,

Wanneer een niet meer zo piepjong medicus zijn nog niet zo oude academische carrière onverwacht beëindigt teneinde een nieuwe werkkring in donker Afrika te aanvaarden, dan leidt dit bij de omgeving overwegend tot uitingen van verrassing, verbazing, verbijstering, verslagenheid, soms van begrip en medelevende blijdschap, een enkele maal tot onbegrip, respectievelijk opluchting.

Het is nu eenmaal in onze West-Europese cultuur vrij ongebruikelijk een stevig staande stoel, in het bijzonder wanneer het een leerstoel betreft, te verlaten en zich te begeven in een cultuur, waarin van stoelen, hoe dan ook bekleed, nauwelijks sprake is. Wanneer iemand desondanks een dergelijke stap neemt, moeten zijn motieven wel bijzonder zwaarwegend zijn.

Het zal u duidelijk zijn, dat ik hier spreek over Albert Schweitzer, enkele decennia geleden het lichtend voorbeeld voor vele jonge artsen van calvinistischen huize, die, na voltooide theologische studie uitmondend in een privaattoelichting aan de theologische faculteit van de Universiteit van Straatsburg, geneeskunde ging studeren en in 1913 op 38-jarige leeftijd naar West-Afrika vertrok, waar hij in Lambarene in de huidige republiek Gabon een ziekenhuis stichtte.

Men moge kritisch denken over de door Schweitzer geformuleerde hoogste ethische norm, de "eerbied voor het leven", een norm die in zijn uitwerking haaks lijkt te staan op datgene wat heden ten dage binnen de medische ethiek door velen aanvaardbaar wordt geacht, de persoonlijke vertaling die Schweitzer hieraan gaf, en zijn gehoorzaamheid aan de roeping om onder opoffering van een wetenschappelijke carrière zich jarenlang te wijden aan de fysieke nood van de "verre naasten", heeft in later jaren velen geïnspireerd en geïnspireerd. Schweitzer is ongetwijfeld de meest tot de verbeelding sprekende, maar zeker niet de eerste medische ontwikkelingswerker 'avant la lettre' geweest.

De eerste ervaringen op medisch gebied van vertegenwoordigers van de West-Europese cultuur in tropische gewesten zijn moeilijk te traceren. Uit de tijd van de grote ontdekkingsreizen over zee in de 16de en 17de eeuw dateren wel beschrijvingen van exotische ziekten, zoals malaria, gele koorts, pokken en dysenterie, waaraan in die tijd ongetwijfeld ook vele schepelingen ten offer vielen. In de daarop volgende koloniale periode vond intensiever confrontatie met tropische ziekten plaats. Veelal stond men hier machteloos tegenover. De in de gekoloniseerde landen gestichte gezondheidsdiensten richtten zich overigens voornamelijk op de Europeanen, de militairen en de bestuursambtenaren. Dit werd anders toen, tegen het einde van de 18de eeuw, de kerken zich bewust werden van hun taak ten aanzien van de inheemse bevolking in de gekoloniseerde gebieden, en missie en zending hun intrede deden.

Aan protestantse zijde werd in Nederland in 1797 opgericht het "Nederlandsch Zendingsgenootschap ter Voortplanting en Bevordering van het Christendom in het bijzonder onder Heidenen". Dit genootschap was niet met één bepaalde protestantse kerk verbonden, en verenigde leden van verschillende kerken. Uit dit Zendingsgenootschap zijn in later jaren een aantal protestantse zendingsorganisaties voortgekomen, die zich naar goed-nederlandse traditie onder eigen confessionele signatuur met het werk der zending bezighielden. Doch ook elders in Europa ontstonden in de 19de eeuw vele missie- en zendingsgenootschappen. N.A. de Gaay Fortman noemt er in zijn boek "Geschiedenis der Medische Zending", uitgegeven in 1908, bijna honderd! Al deze organisaties ontplooiden grote activiteiten, uiteraard met grote verschillen per land en grote verschillen in werkwijze.

De zendelingen en missionarissen werden tijdens hun werk uiteraard geconfronteerd met de grote medische nood van de bevolking en boden zo goed als zij dat konden hulp. Het was met het oog hierop niet ongebruikelijk, dat aanstaande zendingarbeiders als onderdeel van hun opleiding enige medische kennis verwierven.

Zo ontvingen Nederlandse zendelingen, die aan het begin van deze eeuw naar Nieuw-Guinea vertrokken, een medische opleiding van maar liefst twee jaar.

Geleidelijk aan nam in de loop der jaren de medische zorg een steeds groter plaats in in het werk van missie en zending. In toenemende mate werd de behoefte gevoeld dit deel van het missionaire werk op te dragen aan daartoe bekwame beroepsbeoefenaren, namelijk artsen en verpleegkundigen. Bij veel buitenlandse zendingsorganisaties geschiedde dit reeds lang, voordat, rond de eeuwwisseling, de eerste Nederlandse zendingsartsen uitgingen. De Gaay Fortman vermeldt in zijn eerder genoemde boek "de Geschiedenis der Medische zending" als eerste Nederlandse missionaire arts J.G. Schreuder, die in 1893 door de Gereformeerde Kerken en de Nederlandse Gereformeerde Zendingsvereniging naar Java werd uitgezonden.

De bespreking van de interessante theologische vraag of medisch zendingswerk concurrerend dan wel complementair ten opzichte van de woordverkondiging is, een vraag, die ongetwijfeld in de vorige eeuw verdragend heeft gewerkt op de professionele benadering van de medische nood in de zendingsgebieden, blijve thans vanaf deze plaats achterwege.

Sinds het begin van deze eeuw zijn vele Nederlandse artsen in dienst van regering, missie of zending in tropische gebieden werkzaam geweest. Vóór de zestiger jaren was de aandacht vooral gericht op de landen, waarmede koloniale banden hadden bestaan, namelijk Indonesië, Suriname en de Nederlandse Antillen. Daarna kwamen Afrika, Latijns Amerika en een aantal Aziatische landen binnen de gezichtskring. Het is niet goed mogelijk een nauwkeurig inzicht te krijgen in het aantal artsen dat gedurende de laatste decennia in de tropen werkzaam is geweest. Deze moeilijkheid wordt veroorzaakt door het feit, dat vele instanties bij de werving van artsen betrokken zijn. Naast kerken, organisaties van missie en zending, veelal nog naar kerkelijke modaliteit onderverdeeld, zijn hierbij betrokken de overheid (namelijk via het Directoraat-Generaal Internationale Samenwerking, DGIS), en een groot aantal particuliere hulporganisaties¹⁾. Al deze organisaties recruteren behalve artsen ook andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen en onderwijskrachten. Voor sommige organisaties valt zelfs de nadruk op deze andere disciplines.

1) Zie N.B. op pag. 21

Voorts dient het internationale bedrijfsleven als wervende instantie niet te worden vergeten. Tenslotte staat een aantal Nederlandse artsen in dienst van internationale hulporganisaties (zoals het Internationale Rode Kruis en de World Health Organization) of van buitenlandse overheden.

Volgens gegevens van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde verblijven thans tussen 200 en 250 Nederlandse artsen in tropische gebieden. Er is een regelmatige doorstroming in deze groep. Echte tropencarrière's, zoals vroeger gebruikelijk, behoren nu tot de uitzonderingen. De meeste contractanten keren na 2 tot 6 jaar weer naar Nederland terug. Geschat wordt, dat ongeveer twee-derde van de tropenartsen via kerkelijke of kerkelijk georiënteerde instellingen zijn uitgegaan. Artsen, die via kerkelijke kanalen of particuliere hulporganisaties naar de tropen vertrekken, zijn over het algemeen basisartsen, die zich door middel van aanvullend cursusonderwijs (b.v. de Nationale Tropencursus voor Artsen, verzorgd door het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam) en een aantal specialistische stages (waarbij met name chirurgie en verloskunde belangrijk worden geacht) op hun toekomstige taak hebben voorbereid.

Het is verheugend, dat ook onder de huidige generaties medische studenten de belangstelling voor de medische problematiek in ontwikkelingslanden groot is. In dit verband is het goed even stil te staan bij de activiteiten, die binnen onze eigen universiteit sinds 1970 zijn ontplooid, door wat aanvankelijk heette de Werkgroep Ontwikkelingslanden Problematiek, en thans in stichtingsvorm de naam draagt Werkgroep Stages naar Ontwikkelingslanden, kortweg STOLA.

STOLA was een initiatief vanuit de studentenwereld, en werd vanuit de medische faculteit in eerste aanleg begeleid door een commissie bestaande uit Dr. van Assen, Prof. van Balen, Prof. Burema, Prof. Esseveld en Prof. Valkenburg. Als primaire doelstelling werd geformuleerd: het wekken van interesse bij jonge en aankomende artsen voor de medische hulp in ontwikkelingslanden. Als middelen om dit doel te bereiken werden genoemd: het bevorderen van stages in ontwikkelingslanden voor gevorderde studenten in de geneeskunde, en het geven van voorlichting met betrekking tot ontwikkelingssamenwerking. Ten aanzien van de stages was enige precisering gewenst.

Ik citeer uit een historisch overzicht van STOLA:

"Als grondgedachte van de stage werd het werk op zuiver klinisch en poliklinisch gebied in perifere ziekenhuizen minder geschikt geacht. De voorkeur ging uit naar medewerking in een bestaand research-project vanuit een groter centrum. Hierbij zou de nadruk meer gelegd worden op het epidemiologische, sociaal-geneeskundige aspect. Binnen dit kader zou men ook in aanraking kunnen komen met het curatieve werk. Tevens achtte men het van zeer veel belang om een bepaalde selectie te maken tussen serieuze kandidaten voor de stages, en diegenen, die het wel een aardig reisje zouden vinden. Het nut voor het ontwikkelingsland werd minimaal geacht".

Einde citaat, waarvan de allerlaatste zinsnede van een grote bescheidenheid ten aanzien van de eigen inbreng blijkt geeft.

Met betrekking tot de stagisten wil ik gaarne mededelen, dat ik de afgelopen jaren enige malen een stage-student vóór vertrek en vervolgens op afstand heb mogen begeleiden. Ongetwijfeld toonden deze kandidaten een gezonde, positieve opwindning met betrekking tot het reisje, doch daarnaast kweten zij zich uiterst serieus van hun taak, zoals uit verslaglegging en mededelingen van de begeleiders in het veld mocht blijken. Ik heb geen reden aan te nemen, dat het met andere stagisten anders was gesteld. In de loop der jaren werden door STOLA min of meer vaste contacten gelegd in Indonesia, Malawi, Tanzania, India en Nigeria. Naast de stages werd door STOLA in het kader van de voorlichting enige malen een extra-curriculaire leergang in Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden georganiseerd, terwijl verder een nieuwsbulletin werd verzorgd.

Het is door allerlei omstandigheden in het leven van STOLA wat met ups en downs gegaan. Naar ik begrijp, is STOLA thans doende om uit een "down" omhoog te komen. Ik wens STOLA vanaf deze plaats veel succes toe en hoop ook in mijn nieuwe werkring nog contact te kunnen houden.

Wat beweegt artsen om naar ontwikkelingslanden te gaan? Uiteraard spelen hier in belangrijke mate ideële motieven een rol: de hulp aan de "verre naasten", die vaak moeten leven onder omstandigheden, waarin de meest basale voorzieningen van gezondheidszorg ontbreken of slechts in beperkte mate aanwezig zijn. Men behoeft niet eens uit te gaan van extreme situaties, zoals die zich thans onder meer in Ethiopië voordoen, om vast te stellen, dat in de meeste ontwikkelingslanden de gezondheidstoestand van de bevolking onvergelijkkelijk veel slechter is dan in de Westerse landen. De verschillen laten zich aflezen aan de hand van een aantal "gezondheids-indicatoren" zoals zuigelingensterfte en gemiddeld te verwachten levensduur bij de geboorte. De hierna volgende cijfers zijn ontleend aan het "World Development Report 1984", een uitgave van de Wereldbank, waarin een groot aantal zogenaamde "development-indicators" van vrijwel alle landen ter wereld zijn bijeengebracht.

De gegevens van 1960 en 1982 worden gegeven, zodat niet alleen de actuele situatie, maar ook de ontwikkeling in de laatste kwart eeuw kan worden gezien.

Kijken wij eerst naar de zuigelingensterfte:

In Nederland bedroeg deze in 1960: 18 per 1000 levendgeborenen;

in 1983: 8 per 1000 levendgeborenen.

Met deze cijfers slaat Nederland ook binnen de groep zgn. "industrial market economies", waarin zich de meeste West-Europese landen, de Verenigde Staten, Canada, Nieuw-Zeeland en Australië bevinden, een zeer goed figuur, wanneer wij de vergelijkbare cijfers van een aantal andere geïndustrialiseerde landen bezien.

	1960	1982	Percentuële daling 1982 t.o.v. 1960
Spanje	44	10	77
Italië	44	14	68
West-Duitsland	34	12	65
Frankrijk	27	10	63
Zwitserland	21	8	62
België	31	12	61
Zweden	17	7	59
Noorwegen	19	8	58
Nederland	18	8	56
Ver.Koninkrijk	23	11	52

Tabel I

Zuigelingensterfte (=sterfte onder de leeftijd van 1 jaar, uitgedrukt in het aantal overledenen per 1000 levendgeborenen) in een aantal geïndustrialiseerde landen in 1960 en 1982.

In de laatste 22 jaar is in de meeste geïndustrialiseerde landen dus een daling van ongeveer 60% opgetreden.

Beschouwen wij nu de "low income economies", waaronder veel Afrikaanse en Aziatische landen vallen, dan zien wij ten aanzien van de zuigelingensterfte het volgende:

	1960	1982	Percentuële daling 1982 t.o.v. 1960
China	165	67	59
India	165	94	43
Kenya	112	77	40
Malawi	206	137	33
Tanzania	144	98	32
Ethiopië	172	122	29
Nepal	195	145	26
Bangladesh	159	133	16
Somalië	213	184	14
Uganda	139	120	14

Tabel II

Zuigelingensterfte (=sterfte onder de leeftijd van 1 jaar, uitgedrukt in het aantal overledenen per 1000 levendgeborenen) in een aantal "low income economies", in 1960 en 1982.

Ook hier is dus daling opgetreden, ongetwijfeld dankzij een zekere verbetering van de algemene gezondheidsvoorzieningen, doch de omvang van de daling is uiteenlopend, de daling is, met uitzondering van China, veel minder spectaculair dan in de westerse landen en de sterftecijfers zijn in al deze landen nog steeds zeer hoog.

De gemiddeld te verwachten levensduur bij de geboorte bedroeg in 1982 in de geïndustrialiseerde landen 75 jaar, in de "low income economies" 59 jaar (China en India: 62 jaar; gemiddelde van 28 andere "low income economies": 51 jaar). Ook hier blijkt dus een duidelijke discrepantie tussen de landen van het geïndustrialiseerde westen en de landen in de derde wereld.

Verschillen komen ook tot uiting als men de beschikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen in ogenschouw neemt. Nederland beschikte in 1960 over 1 arts per 900 inwoners, in 1982 was dit 1 arts per 540 inwoners. Voor de andere geïndustrialiseerde landen gelden ongeveer gelijke aantallen. Daartegenover staat:

	1960		1982
Kenya	: 1 arts per 10.000	resp.	8.000 inwoners
Tanzania	: 1 arts per 18.000	resp.	17.000 inwoners
Uganda	: 1 arts per 15.000	resp.	27.000 inwoners
low income economies			
gemiddeld:	1 arts per 12.000	resp.	6.000 inwoners

Ook hier zien wij weer een enorme achterstand van de landen in de derde wereld, al moet worden opgemerkt dat het aantal artsen niet de meest optimale graadmeter voor de gezondheidszorg is.

Inmiddels leidt dit ons wel terug naar onze eerder gestelde vraag, naar de motieven van artsen om naar ontwikkelingslanden te gaan. Naast de ideële overwegingen: medische hulp bieden aan een bevolking, die kennelijk nog met grote gezondheidsproblemen kampt, en slechts beperkte gezondheidsvoorzieningen kent, kunnen ook klinische en/of wetenschappelijke overwegingen een rol spelen.

Immers, in veel landen in de derde wereld komen ziekten voor, die niet of niet meer in de westerse wereld worden waargenomen. Soms gaat het hierbij om ziekten, die grote groepen van de bevolking bedreigen, en daarom als volksziekten moeten worden beschouwd. Hierbij kan gedacht worden aan infectieziekten (tuberculose, lepra, exotische virale systeem infecties), parasitaire ziekten (malaria, schistosomiasis, echinococcose, etc.), haemolytische anaemieën, malnutritie, enzovoorts. Bij veel van deze ziekten komen nog steeds nieuwe gezichtspunten, hetzij ten aanzien van de diagnostiek, hetzij met betrekking tot de therapie naar voren.

Veel onderzoek, direct aan de patiënten, in het laboratorium, of epidemiologisch, is op veel terreinen nog nodig, en dit zal ten dele in het land zelf moeten plaatsvinden. Dus: ook in medisch-wetenschappelijk opzicht vormt de derde wereld een uitdaging.

En tenslotte, sprekend over de motivatie om naar de derde wereld te gaan, spelen kwalitatieve aspecten van de gezondheidszorg hier en ginds een rol.

In de derde wereld: een vrij overzichtelijk ziektepatroon, dat op een aantal punten met eenvoudige middelen (ik bedoel: eenvoudig in concept; niet: eenvoudig te appliceren) zoals hygiëne-verbetering, sanitatie, vaccinaties etc. valt te bestrijden cq. te voorkómen.

Hier: een hoog gekwalificeerde gezondheidszorg, waarbij de individuele patiënt vrijwel onbepikt kan profiteren van zeer dure verworvenheden van diagnostiek en therapie. Wij hebben in Nederland altijd zeer veel geld over gehad voor onze gezondheidszorg. Thans kan men zich afvragen of de lijnen van "noord" en "zuid" niet te ver uiteen zijn gelopen, en of alles wat vandaag in Nederland binnen de gezondheidszorg kan, ook werkelijk wel kan, als u begrijpt wat ik bedoel.

Keren wij terug naar die honderden artsen, die in de laatste halve eeuw naar tropische gewesten vertrokken, dan kunnen wij ons afvragen, op welke wijze zij hun medische arbeid verrichtten. Aanvankelijk werd uitsluitend curatieve zorg geboden, gericht dus op de individuele patiënt, voorzover deze in staat was het ziekenhuis op eigen kracht of met hulp van anderen te bereiken. Aan het einde van de vorige eeuw, en in de eerste helft van deze eeuw ontstonden overal in de derde wereld zendings- en missieziekenhuizen, soms met beperkte opnamecapaciteit, doch vaak met een drukke polikliniek, waar vele patiënten werden gezien. Tot aan de tweede wereldoorlog was de aandacht van missie en zending vooral gericht op het bouwen en onderhouden van ziekenhuizen. De overheidsgezondheidsdiensten, toen uiteraard nog in handen van de koloniale regeringen, richtten zich eveneens voornamelijk op curatieve gezondheidszorg in ziekenhuizen.

Wel was inmiddels het pokkenvaccin beschikbaar gekomen, zodat vaccinatiecampagnes konden worden gehouden, een begin dus van preventieve gezondheidszorg.

Na de tweede wereldoorlog traden in snel tempo een aantal ingrijpende veranderingen op. De vroegere koloniale gebieden werden zelfstandig en kregen eigen regeringen, die zich onder meer gingen bezighouden met het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Doch ook vanuit de gezondheidszorg zelf werden in de na-oorlogse jaren een aantal nieuwe inzichten ontwikkeld, die gingen in de richting van een meer gespreide basis-gezondheidszorg, in plaats van de bestaande in ziekenhuizen geconcentreerde zorg. Het concept "primary health care" deed zijn intrede. Aan dit begrip, dat met name sinds de WHO-conferentie in Alma Ata in 1978 regelmatig onderwerp is van verhitte discussies tussen voor- en tegenstanders, dogmatici en liberalen, wil ik gaarne in het tweede deel van dit uur enige aandacht schenken.

Het was voor velen eigenlijk al geruime tijd duidelijk, dat de bestaande structuur van "hospital based health care" voor de meeste ontwikkelingslanden niet de meest geschikte was. Hierbij speelden een aantal overwegingen een rol.

1. De gezondheidstoestand van de bevolking wordt niet uitsluitend bepaald door de kwaliteit en kwantiteit van het medisch-technisch handelen in ziekenhuizen. Andere factoren, zoals bijvoorbeeld voeding, huisvesting, watervoorziening, hygiëne, sanitatie, en werkomstandigheden, spelen een minstens zo belangrijke rol. Deze factoren blijven echter goeddeels buiten het gezichtsveld van de medische en para-medische werkers wanneer zij het ziekenhuis niet verlaten, en zich beperken tot het behandelen van patiënten, die naar het ziekenhuis toe komen.

2. Door de medische activiteiten binnen de muren van het ziekenhuis te concentreren dreigt men bovendien het zicht te verliezen op andere, niet rechtstreeks met gezondheidszorg verband houdende problematiek. Het is mogelijk dat binnen een bepaalde gemeenschap niet gezondheidszorg de hoogste prioriteit ontvangt, maar bijvoorbeeld landbouw, onderwijs of landverdeling. Wanneer gezondheidswerkers in de derde wereld een constructieve bijdrage willen leveren aan de algemene ontwikkelingsproblematiek, dan zullen zij naar buiten moeten treden en in communicatie met andere disciplines tot een prioriteitsstelling moeten komen.

3. Het ziektepatroon is in de derde wereld vrij uniform. Het gaat in de meeste ontwikkelingslanden in zo'n 80% van alle ziektegevallen om een beperkt aantal ziekten, die met eenvoudige maatregelen door gericht opgeleide hulpkrachten zeer goed buiten het ziekenhuis kunnen worden voorkómen of behandeld. Men spreekt wel van de medische "top tien", waaronder de volgende veel voorkomende ziekten of symptomen worden begrepen:

- luchtweginfecties
- diarree
- uitdroging
- parasitaire infecties
- huidaandoeningen
- oogaandoeningen
- tuberculose
- lepra
- geslachtsziekten
- ondervoeding en malnutritie

Een goed opgeleide hulpkracht kan door voorlichting en maatregelen op het gebied van hygiëne en sanitatie, door vaccinaties, door eenvoudige dieetvoorschriften (denk in dit verband aan de behandeling van diarree en dreigende uitdroging door middel van orale rehydratie regimes) en door geneesmiddelen-distributie deze ziekten voorkómen, dan wel behandelen, zonder tussenkomst van het ziekenhuis.

4. Vervolgens een bezwaar van logistieke aard tegen een gezondheidszorg die in ziekenhuizen is geconcentreerd. In landen, waar de wegen over het algemeen slecht zijn en openbaar vervoer ontbreekt, zoals in veel landen in de derde wereld het geval is, levert de gang naar het ziekenhuis vaak problemen op. Onderzoekingen hebben aangetoond, dat slechts vanuit een klein gebied rondom het ziekenhuis de mensen regelmatig gebruik maken van dat ziekenhuis. Mensen die meer dan 10 km of meer dan twee uur lopen, van het ziekenhuis verwijderd zijn, zullen slechts in uiterste nood komen. Wil men deze mensen bereiken, dan zal men naar ze toe moeten gaan.

In een land als Kenya blijkt dat slechts 10% van de bevolking op minder dan 2 km van een geïnstitutionaliseerde gezondheidsvoorziening woont. 58% is meer dan 4 km en 24% meer dan 8 km van een gezondheidsvoorziening verwijderd. In sommige gebieden kan dit laatste percentage oplopen tot boven de 40%. Naar Europese begrippen zijn deze afstanden wellicht niet groot, doch dat wordt anders wanneer men bedenkt, dat alle afstanden in principe lopend moeten worden afgelegd.

5. Tenslotte dient te worden opgemerkt, dat ziekenhuisgeneeskunde, niet alleen hier doch ook in de ontwikkelingslanden, langzamerhand erg duur is geworden. Niet zelden bestaat de neiging om in de ziekenhuizen in ontwikkelingslanden gebruik te maken van nieuwe verworvenheden op het gebied van diagnostiek en therapie, die door de westerse wereld op de markt worden gebracht. Op zichzelf genomen is het natuurlijk toe te juichen dat de derde wereld landen mede profiteren van de moderne aspecten van geneeskunde, maar het betekent wel, dat de ziekenhuisbehandeling daardoor duurder wordt, waardoor enerzijds slechts weinigen het kunnen betalen, terwijl anderzijds minder geld beschikbaar is voor extramurale activiteiten.

Deze argumenten tegen een "Hospital based health care" zijn eigenlijk evenzovele argumenten vóór een "Community based health care", waarvan in het hiervóór genoemde reeds enkele aspecten naar voren zijn gekomen:

- naar mensen toegaan, in plaats van hen naar het ziekenhuis laten komen;
- introductie van preventieve maatregelen;
- gezondheidsvoorlichting;
- inschakeling van eenvoudig opgeleid hulp personeel.

Een dergelijke basisgezondheidszorg kwam in een aantal landen van de grond, georganiseerd in de vorm van mobiele medische teams, kleine gezondheidscentra, medische hulpposten, gedirigeerd vanuit de ziekenhuizen. Hoewel een verbetering ten opzichte van de gecentraliseerde gezondheidszorg, bleek in de praktijk deze verbreding naar de basis toe onvoldoende effectief te zijn. De verklaring zou volgens sommigen gelegen zijn in het feit, dat de geboden voorzieningen toch te zeer vanuit het medisch centrum werden gestuurd, waardoor betrokkenheid en motivatie van de lokale bevolking gering was, en verbinding met andere probleemvelden in de gemeenschap niet gelegd konden worden. Er was als het ware een "hospital based community health care" ontstaan.

Hiertegenover kan worden gesteld een concept van primary health care, die van onder af wordt geïnitieerd en dus werkelijk "Community based health care" genoemd kan worden. Hieronder moet, in navolging van de WHO/Unicef Conference in Alma Ata anno 1978, worden verstaan:

"alle noodzakelijke gezondheidszorg, die overal beschikbaar moet zijn voor personen afzonderlijk als wel voor gezinnen, op een voor hen aanvaardbare wijze, en met hun volledige deelname, tegen een prijs, die zowel de lokale gemeenschap als het land zelf zich kan veroorloven."

Hieronder vallen: gezondheidsvoorlichting, het bevorderen van een betere voeding, voldoende water, eenvoudige sanitaire voorzieningen, moeder- en kindzorg, geboorteregeling, vaccinaties, preventie en behandeling van de meest voorkomende ziekten, en het verschaffen van essentiële geneesmiddelen.

Belangrijke aspecten van deze primary health care zijn voorts: integratie van de gezondheidszorg in andere sectoren van het maatschappelijk bestel, en actieve participatie van de bevolking. Dit laatste dient met name vorm te krijgen in de aanstelling van dorpsgezondheidswerkers ("village health workers") die door de dorpsbevolking zelf worden gekozen.

Van belang is voorts op te merken, dat de gevestigde ziekenhuizen in dit concept niet zijn verdwenen, doch uiteraard blijven bestaan als centrale medische voorzieningen, waarheen kan worden doorverwezen. Wel hebben zij in dit PHC-concept hun dirigerende rol verloren.

Veel valt hierover nog te zeggen. Bijvoorbeeld over het kostenaspect, en over de vraag, hoe men in de ontwikkelingslanden zelf aankijkt tegen dit in belangrijke mate door westerse breinen ontwikkelde concept. Ik laat dat hier nu achterwege. De kenners, zij die er geweest zijn, zullen wel zeggen dat het alles te simpel, te schematisch is, en dat het dus zo niet werkt. Ik denk dat dit juist is. Toch lijkt het mij de moeite waard om althans een aantal elementen in de concrete situatie, waarin ik straks zal verkeren, te appliceren en op hun bruikbaarheid te toetsen. Tenslotte zal elke situatie wel om een eigen invulling vragen. En daarbij kan een breed gepenseeld perspectief best als leidraad dienen.

Heeft de Nederlandse gezondheidszorg betekenis voor de gezondheidszorg in de derde wereld, en zo ja, op welke wijze? In het voorafgaande kwam de grote discrepantie tussen aard en niveau van de gezondheidsvoorzieningen hier en ginds aan de orde. Een betrekkelijk gering aantal Nederlandse artsen - zo'n 50 per jaar - trekt hieruit een persoonlijke consequentie en gaat in de derde wereld werken. Maar hoe staat het met de overigen? Blijven zij gefrustreerd achter, af en toe opgeschrikt door schokkende berichten of TV-beelden, waarbij alleen pen en chequeboek de gemoedsrust weer kunnen herstellen? Ik dacht niet dat het zo lag.

Met betrekking tot de potentiële betekenis van de Nederlandse gezondheidszorg voor de gezondheidszorg in de tropen heb ik dankbaar gebruik gemaakt van een uitstekende nota die recent door een aantal Nederlandse medische instituten op het gebied van de tropische gezondheidszorg en tropische geneeskunde, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde is uitgebracht (Tropische Gezondheidszorg vanuit Nederland, anno 1984). In vier instellingen (te Amsterdam, Leiden, Nijmegen en Rotterdam) ontvangt tropische geneeskunde bijzondere aandacht. Het is van belang de in deze instituten aanwezige expertise te benutten ten behoeve van de medische ontwikkelingssamenwerking. Hierbij komen aspecten van onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg aan de orde.

Voor wat betreft het onderzoek worden de volgende prioriteiten, in het belang van de gezondheidsproblematiek in de ontwikkelingslanden, gesteld:

1. onderzoek op het terrein van planning en management in de gezondheidszorg, inzonderheid met betrekking tot medische infrastructuur en de interactie tussen westerse en traditionele gezondheidssystemen. Gezien de eerder beschreven problematiek rond "hospital based" versus "community based" gezondheidszorg lijkt dit een essentieel terrein van onderzoek.
2. onderzoek, dat zowel biomedisch, als operationeel en sociologisch gericht is op:
 - malaria en schistosomiasis
 - lepra en tuberculose
 - acute infectieziekten bij kinderen, zoals mazelen, kinkhoest, en poliomyelitis
 - voeding

Bij het onderwijs dient naar de mening van de vier instituten enerzijds prioriteit te worden gegeven aan de opleiding van artsen en verpleegkundigen, die in de derde wereld gaan werken en anderzijds aan de plaatsing van docenten bij universiteiten in ontwikkelingslanden. Lagere prioriteit wordt toegekend aan

internationale cursussen voor fellows uit ontwikkelingslanden en aan individuele fellowships voor artsen uit ontwikkelingslanden in laboratoria en ziekenhuizen in Nederland. Vaak zal blijken, dat het in Nederland geleerde te ver afstaat van de toepassingsmogelijkheden thuis.

Voorts wordt het rendement van deelname van Nederlandse docenten gedurende een beperkte periode aan cursussen in het buitenland laag geacht, omdat een goede integratie in het totale onderwijspakket elders vaak niet goed tot stand kan worden gebracht.

Ten aanzien van de patiëntenzorg valt de nadruk op de klinische tropische geneeskunde. Specialistische kennis en ervaring over tropische ziekten dienen ook binnen Nederland gegarandeerd te blijven, ten eerste voor het onderwijs aan Nederlandse tropenartsen en hun ruggesteun in het veld, ten tweede voor de behandeling van tropische ziekten binnen Nederland, zoals die door immigranten en toeristen worden binnengebracht.

Naast dit door de vier tropeninstituten geformuleerde prioriteitenpakket, zijn er, naar mijn mening, nog duidelijke taken voor de medische faculteiten. Basaal onderzoek op het gebied van bijvoorbeeld: groei en ontwikkeling, voeding en voedingsdeficiënties, haemolytische anaemieën, hypertensie, hart- en vaatziekten, is ook voor de ontwikkelingslanden relevant.

Gezien de bevolkingsopbouw in ontwikkelingslanden, met een hoog percentage jonge kinderen en de bijzondere problematiek, die hiermede verband houdt (denk bijvoorbeeld aan het verschil tussen mazelen hier en in de tropen), lijkt het gerechtvaardigd in het medisch onderwijs méér aandacht te schenken aan tropische kindergeneeskunde. Er is op dit punt voldoende expertise in Nederland aanwezig. Ik zou vanaf deze plaats een lans willen breken voor een, laat ons zeggen bijzondere, leerstoel in de tropische pediatrie, aan een van de Nederlandse universiteiten, die zich nu reeds met tropische geneeskunde bezighouden. U ziet, ook binnen de grenzen van Nederland valt nog veel te doen ten behoeve van de gezondheidszorg in de tropen. Geen reden dus voor frustraties bij hen, die hier achterblijven.

Heeft, omgekeerd, de gezondheidsproblematiek in de derde wereld betekenis voor de problemen waarvoor wij in het westen gesteld worden?

Ik wil daar gaarne een tweetal opmerkingen over maken.

Ten eerste zou ik mij willen onthouden van commentaar op de politiek-economische vraag in hoeverre een gezonde derde wereld (medisch gezond en economisch gezond) van vitaal belang is voor de economische gezondheid in het westen. Dit is een vraag, die ik gaarne aan competente economen en politici wil doorspelen.

Ten tweede wil ik opmerken, dat de confrontatie met de enorme problemen op medisch en maatschappelijk niveau in de ontwikkelingslanden ons bescheiden moet maken ten aanzien van onze eigen problemen. Artsen, maar ook andere beroepsbeoefenaren, die in de tropen zijn geweest, hebben geleerd relativerend te denken en te spreken over alles, waarover wij ons hier druk maken. Ik denk dat dit een goed tegenwicht vormt tegen al te groot fanatisme op eigen erf.

Aan het einde van mijn rede gekomen, rest mij een persoonlijk woord. Bijna negentien jaar Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus Universiteit. Het zal niet eenvoudig zijn dit alles achter te laten. Ik realiseer mij, dat bijna al mijn hechte vrienden uit deze Rotterdamse tijd dateren. Ik dank u allen voor uw vriendschap, begeleiding en samenwerking gedurende de afgelopen jaren.

Ik dank in het bijzonder Henk Visser, hoofd van de afdeling Kindergeneeskunde van onze faculteit, voor het begrip waarmee hij mijn vertrek heeft aanvaard. Daarnaast dank en groet ik vanaf deze plaats alle collegae en oud-collegae uit ziekenhuis en faculteit, de neonatologen in den lande, de Nederlandse verloskundigen, met wie ik door onderwijs en bijscholing verbonden was, en verder allen met wie ik in de afgelopen jaren samenwerkte.

Ik dank ook mijn toekomstige werkgever, de Gereformeerde Zendingsbond in de Nederlandse Hervormde Kerk, en de Reformed Church of East Africa in Kenya, voor het vertrouwen dat zij in mij hebben gesteld.

Tenslotte nog dit.

Gedurende de laatste weken lezend en studierend op de medische, micro- en macro-economische en sociale problemen van het continent waarheen ik straks met mijn vrouw vertrek, werd mij opnieuw en versterkt duidelijk hoe groot de verschillen tussen onze wereld en de wereld daarginds zijn.

Ondanks alles wat wij van onze kant in geld, in materiële hulp, in persoonlijke inzet, mee- en uitdelen, er zal menselijkerwijs gesproken altijd te wensen overblijven.

Toch een stukje frustratie?

Laat ik besluiten met een klein vers, dat ik ooit voor één van mijn kinderen dichtte, doch nu wil richten tot alle kinderen van onze welvaart:

Men zegt, een kinderhand is gauw gevuld,
maar in de wereld waar jij leven zult
blijven veel kinderhanden leeg
en vele kinderwensen onvervuld.

Jij kreeg zoveel: gaven van hoofd en hart
en aardse rijkdom, die ons vaak verwacht.
Leer uit te delen wat je kreeg,
wetend: gedeelde vreugd is halve smart.

Ik dank u voor uw aandacht.

N.B.

Zonder volledigheid te pretenderen kunnen als belangrijkste uitzendende instanties worden genoemd:

1. Overheid: DGIS. Naast verzorging van eigen uitzendingen, verleent de overheid ook financiële suppletie aan uitzendingen via andere instanties, wanneer aan bepaalde kwaliteitseisen is voldaan. De kwalitatieve beoordeling berust bij OPIT (= Vereniging Overleg Particulier Initiatief Tropenartsen) of JVC (= Jongeren Vrijwilligers Corps).
2. Missie: Memisa, in samenwerking met Medicus Mundi. (ongeveer 200 artsen in het veld: ongeveer 30-40 uitzendingen per jaar).
3. Protestantse Zendingsorganisaties: Raad voor de Zending der Ned. Herv. Kerk (Negstgeest), Gereformeerde Zendingsbond in de Ned. Herv. Kerk (Zeist), Zending der Gereformeerde Kerken in Nederland (Leusden), Tear Fund, Surinamezending (Hernhutters, Zeist), Leprazending, Zending der Chr. Gereformeerde Kerk, Zending der Gereformeerde Gemeenten in Nederland.
4. Andere particuliere organisaties:
Onder meer: Dienst over Grenzen (ongeveer 10 uitzendingen van artsen per jaar), Ed. Mondlane Stichting, Comité Zuidelijk Afrika, Stichting Woord en Daad, Kruisvaarders van St. Jan, Nicaragua Komitee, Solidaridad, Mill Hill.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Breetvelt JN, Hoeven PFC van der, Papineau Salm A, (1983), Kerk en Gezondheidszorg in de derde wereld, "Allerwegen" 14e jaargang nr 2, Uitg. Ned. Zendingraad, Amsterdam.
- Dake WJL, (1972), Het medische werk van de Zending in Nederlands-Indië, Deel I, Kok, Kampen.
- Gaay Fortman NA de, (1908), De geschiedenis der Medische Zending, Callenbach, Nijkerk.
- Meerjarenadvies in hoofdlijnen, Onderzoek naar ziekte en gezondheid in ontwikkelingslanden (1983), Uitg. Raad van Advies voor het Wetenschappelijk Onderzoek in het Kader van Ontwikkelingssamenwerking (RAWOO), 's-Gravenhage.
- Mulder JC, (1982), Inventarisatie Nederlands Onderzoek betreffende ziekte en gezondheid in ontwikkelingslanden, Uitg. Raad van Advies voor het Wetenschappelijk Onderzoek in het kader van Ontwikkelingssamenwerking (RAWOO), 's-Gravenhage.
- Scheepstra GL, (1973), Achtergronden van de medische zending (scriptie), Zendingshogeschool Oegstgeest.
- STOLA, Historisch Overzicht 1970-1979: jaaroverzicht 1983-1984; notulen vergadering 29 sept. 1983, Secretariaat STOLA, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Terugblikken en Vooruitzien 1962-1982, (1982), Een bundel opstellen ter gelegenheid van het twintigjarig bestaan van Dienst over Grenzen, Secretariaat DOG, Zeist.
- Tropische Gezondheidszorg vanuit Nederland anno 1984, (1984), rapport overleg Nederlandse Instituten voor tropische gezondheidszorg/geneeskunde, Kon. Inst. v.d. Tropen, Amsterdam.
- WHO, Alma Ata Declaration 1978, Seventh General Programme of Work 1982, WHO Health for All Series.
- World Development Report 1980, (1982), Ed. World Bank.
- World Development Report 1982, (1984), Ed. World Bank.

De auteur zal met zijn echtgenote begin januari 1985 in dienst van de Gereformeerde Zendingbond in de Nederlandse Hervormde Kerk naar Kenya vertrekken. Hij wordt ter beschikking gesteld van de Reformed Church of East Africa in Kenya als coördinator van het medische werk van die kerk. De standplaats wordt Plateau bij Eldoret in West-Kenya.
Het postadres zal zijn: P.O. Box 724, Eldoret, Kenya.